様式第２３号(第18条関係)

指定難病要支援者証明書(登録者証)再交付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要支援者 | フリガナ |  | | | | | | | | | 生 年 月 日 |
| 氏名 |  | | | | | | | | | 明・大・昭・平・令  年　　月　　日 |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | |
| 保護者  (要支援者が18歳未満の場合記入) | | フリガナ | | |  | | | | | | 要支援者との関係 |
| 氏名 | | |  | | | | | |  |
| フリガナ | | |  | | | | | | |
| 住所 | | |  | | | | | | |
| 受給者番号  (特定医療費(指定難病)の受給者でない場合は記載不要) | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |
| 登録者証の有効期間開始年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 再交付申請の理由  ※ | | 1．破損のため  　2．紛失のため  　3．その他(理由を記入すること) | | | | | | | | | |
| 私は、上記のとおり、指定難病要支援者証明書(登録者証)の再交付を申請します。  　　　　　　　年　　　月　　　日  　　福岡県知事　殿  申請者氏名 | | | | | | | | | | | |

※　再交付申請の理由が分かるように、番号のいずれかに○をすること。